

# Otra lección de la pandemia: Apoyo social de superiores para la protección de la salud mental en trabajadores de la salud, Chile

Andrés González-Santa Cruz<sup>1,2,a,b,\*</sup>, Elisa Ansoleaga<sup>3,c,d</sup>, Macarena Vargas-Plaza de los Reyes<sup>c</sup>.

Another Lesson from the Pandemic: Supervisor Social Support for Mental Health Protection in Healthcare Workers, Chile

## RESUMEN

La salud mental del personal sanitario se encuentra fuertemente afectada y se requiere mayor evidencia que permita precisar las dimensiones de riesgo y protección vinculadas a sintomatología ansiosa y depresiva.

**Objetivo:** Determinar si las condiciones del trabajo, el apoyo social y características socio-ocupacionales se asocian a sintomatología ansiosa y depresiva reportada por personal sanitario durante la pandemia en Chile. **Métodos:** Estudio observacional, correlacional y transversal. Se aplicó un cuestionario a 875 trabajadores de la salud (76% mujeres) mediante SurveyMonkey entre 2020-2021. Éste incluyó variables de salud mental (sintomatología depresiva y ansiosa), condiciones laborales en pandemia (mascarillas insuficientes, contacto con pacientes COVID-19, reasignación de labores/lugar/área, confianza en la gestión gubernamental para proteger al personal), apoyo social (de pares, superiores, fuera del trabajo) y socio-ocupacionales (estamento, sexo). Se efectuaron análisis bivariados y regresiones logísticas para examinar la asociación entre las condiciones laborales, de apoyo social y socio-ocupacionales y las chances de sintomatología ansiosa y depresiva, junto con análisis de sensibilidad a subrepresentación (mediante post-estratificación), datos perdidos y errores de clasificación (mediante corrección de Rogan-Gladen) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). **Resultados:** Un 44,5% (IC95% 35,6-53,8) [porcentaje crudo: 46%] y 41,4% (IC95% 34,5-48,6) [36%] de los participantes reportaron puntajes indicativos de sintomatología ansiosa y depresiva, respectivamente. Mayor apoyo de superiores se asoció a menores

<sup>1</sup>Profesional en Programa Acción Salud UDP, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Centro de Investigación Sociedad y Salud. Universidad Mayor. Santiago, Chile.

<sup>3</sup>Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

<sup>4</sup>Psicólogo, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

<sup>b</sup>Alumno, Doctorado en Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

<sup>c</sup>Psicóloga, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

<sup>d</sup>Doctora en Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

\*Correspondencia: Andrés González Santa Cruz / gonzalez.santacruz.andres@gmail.com

Financiamiento: Este proyecto fue realizado en el marco del programa ACCIÓN SALUD UDP para la protección de la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile y recibió financiamiento de los Fondos de Apoyo a la Investigación en Pandemia de la Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 14 de julio de 2022.

Aceptado: 14 de octubre de 2024.

chances de sintomatología ansiosa (aOR[Odds ratio ajustado]= 0,87 IC95% 0,79-0,96) y depresiva (aOR= 0,86 IC95% 0,78-0,94). Además, mujeres presentaron el doble de chances de sintomatología ansiosa (aOR= 2,00 IC95% 1,28-3,19) y quienes desconfiaron en la gestión gubernamental mostraron el doble de chances de sintomatología depresiva (aOR= 1,98 IC95% 1,34-2,94). **Conclusiones:** El apoyo de jefaturas emerge como un factor clave en la salud mental del personal en emergencias sanitarias. Se sugiere priorizar el rol protector del apoyo organizacional y social sobre el psicológico-individual en contextos similares. Urgen medidas para prevenir la sintomatología ansiosa en trabajadoras, quienes la reportan con mayor frecuencia. **Palabras clave:** Ansiedad; Apoyo Social; COVID-19; Depresión; Personal de Salud.

### ABSTRACT

The mental health of healthcare workers is strongly affected, and more evidence is needed to determine the dimensions of risk and protection related to the presence of anxious and depressive symptomatology. **Aim:** To determine whether working conditions, social support and socio-occupational characteristics are associated with anxious and depressive symptoms reported by healthcare workers during the pandemic in Chile. **Methods:** Observational, correlational and cross-sectional study. A survey was applied to 875 healthcare workers (76% women) through SurveyMonkey between 2020-2021. It included mental health (depressive and anxious symptomatology), related to the pandemic working conditions (i.e., insufficient masks, contact with patients with COVID-19, reassignment of work/place/area, confidence in governmental management to protect personnel), social support (from peers, superiors, and outside work) and socio-occupational variables (sex, occupational status). Bivariate analyses and logistic regressions were conducted to examine the association of pandemic working and socio-occupational conditions on the odds of anxious and depressive symptomatology, and sensitivity analyses to underrepresentation (via post-stratification), missing data and measurement errors (using Rogan-Gladen correction) with 95% confidence intervals(95%CI). **Results:** Forty-four point five percent (95% CI 35.6-53.8) [crude percentage: 46%] and 41,4% (95% CI 34.5-48.6) [36%] of the respondents reported scores indicative of anxious and depressive symptoms, respectively. Greater superior support was associated with lower odds of anxious (aOR [adjusted Odds ratio]= 0.87 95%CI 0.79-0.96) and depressive (aOR= 0.86 95%CI 0.78-0.94) symptoms. Also, women had twice the odds of anxious symptomatology versus men (aOR= 2.00 95%CI 1.28-3.19), and those who mistrust the government had twice the odds of depressive symptomatology vs. those who did not (aOR= 1.98 95%CI 1.34-2.94). **Conclusions:** Superior support emerges as a critical factor in the mental health of personnel in health crises. Prioritizing the protective role of organizational and

*social support over individual or psychological support in similar contexts is suggested. Urgent measures are needed to prevent anxiety symptoms in female workers, who report them more.*

**Keywords:** Anxiety; COVID-19; Depression; Health Personnel; Social Support.

El trabajo en salud tiene características especialmente demandantes<sup>1</sup>, sumado a condiciones sociales y organizacionales adversas que afectan negativamente la salud mental (en adelante, SM) y física de los trabajadores. A estas condiciones se les denomina factores de riesgo psicosocial<sup>2,3,4</sup> y se intensificarían en contextos de crisis<sup>5</sup>.

La ansiedad y la depresión han sido de los trastornos de SM más recurrentes vinculados a riesgos psicosociales<sup>6</sup>, particularmente en emergencias sanitarias<sup>5,7,8,9</sup>. La ansiedad afecta el funcionamiento normal del individuo y requiere atención cuando se manifiesta en preocupaciones crónicas, excesivas e incontrolables. Los síntomas cardinales de la depresión son el bajo ánimo y la pérdida de interés por actividades que antes se disfrutaban<sup>10</sup>.

Investigaciones previas revelan que las mujeres, enfermeras y trabajadores de primera línea han sido especialmente susceptibles a trastornos de SM a raíz de la pandemia. Existe una correlación positiva entre exposición a COVID-19 y problemas de SM, y una correlación negativa entre apoyo social en el trabajo con problemas de SM, lo que tiene un importante correlato con los estilos de liderazgo en el sector salud. Asimismo, la falta de elementos de protección personal (EPPs) ha constituido un factor de riesgo de problemas de SM relevante<sup>5,7,8,11,12,13,14,15,16,17</sup>.

La evidencia internacional ha mostrado que el personal sanitario en países en vías de desarrollo enfrenta mayores desafíos en contextos de emergencia sanitaria<sup>18</sup>. Un estudio en personal sanitario de Brasil, Colombia y Ecuador identificó que 55,5% de los participantes no contaba con mascarillas N95 requeridas<sup>19</sup>. En Medellín, se constató que 18,5% y 14,6% de los miembros

de un establecimiento de salud reportó síntomas severos de ansiedad y depresión, mientras que la sintomatología ansiosa fue mayor en personal de cuidado versus administrativos<sup>20</sup>. El personal sanitario de Paraguay indicó que las mujeres presentaron mayor sintomatología ansiosa y depresiva, siendo preponderante en enfermeras<sup>21</sup>.

Chile decretó una de las cuarentenas más largas, junto con registrar una de las mayores cifras de contagios del mundo y un exceso de mortalidad por COVID-19<sup>22,23</sup> aumentando con ello las exigencias para el personal sanitario. Una encuesta aplicada a 125 trabajadores de la salud en el 2020 reportó que 3 de 4 y 1 de 3 experimentaron sintomatología ansiosa o depresiva, respectivamente<sup>24</sup>. Otro cuestionario aplicado durante el 2020 a personal sanitario (n= 1.934) identificó como factores de riesgo de malestar psicológico el haber experimentado un cambio de funciones producto de la pandemia, mientras que contar con una red de apoyo de compañeros de trabajo y confiar en el gobierno constituyeron factores protectores<sup>25</sup>. Un estudio derivado de un enfoque participativo entre la Universidad de Chile y la Central Unitaria de Trabajadores (CUT) aplicado a 4.872 participantes, constató que menos del 10% no contó con EPP suficientes, más mujeres presentaron licencias médicas (20,3% vs. 15,6%), mientras que la confianza en autoridades de salud constituyó un factor protector del desgaste emocional<sup>26</sup>.

A pesar de la literatura internacional, la relación entre los factores de riesgo de problemas de SM y su manifestación sigue siendo un área escasamente estudiada en el contexto de emergencia sanitaria en Chile. Este asunto reviste gran relevancia, puesto que los problemas de SM están asociados

a ausentismo laboral, licencias médicas, errores en procedimientos, entre otras consecuencias que además impactan negativamente en el funcionamiento de los sistemas sanitarios<sup>27</sup>. Por tanto, este estudio se propuso determinar si las condiciones del trabajo en pandemia (i.e., mascarillas insuficientes, contacto con pacientes COVID-19, reasignación de labores/lugar/área producto de la pandemia y confianza en la gestión gubernamental para proteger al personal), de apoyo social (i.e., de pares, superiores, fuera del trabajo) y socio-ocupacionales (i.e., estamento, sexo) se asocian a una mayor frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva reportada por trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. Este artículo busca identificar los elementos que contribuyeron a los problemas de SM durante la pandemia en Chile, de modo de ofrecer recomendaciones específicas para la prevención en futuros escenarios similares. A diferencia de estudios previos, el análisis se amplía para incluir no solo a profesionales de la salud o personal en primera línea, sino también al personal técnico-administrativo de apoyo a la gestión.

## Métodos

Se efectuó un estudio cuantitativo de corte transversal y de tipo correlacional. El muestreo fue no-probabilístico e incluyó a 875 (de quienes contestaron, 76% mujeres) trabajadores de salud que aceptaron participar entre octubre de 2020 y abril de 2021 mediante la plataforma SurveyMonkey. La encuesta se publicó en redes sociales de Acción Salud UDP, obteniendo un total de 173 encuestas respondidas. Posteriormente, se aplicó de forma cerrada al interior de tres instituciones, obteniendo un total de 702 encuestas respondidas. La primera aplicación se realizó en un servicio de salud de la Macrozona Sur del país, en donde se aplicó la encuesta a 5 de los 6 centros de salud de dicho servicio (todos hospitales, más la dirección del servicio), representando el 16,4% de la dotación total. También se aplicó en dos hospitales públicos acreditados del servicio de Salud Metropolitano a principios del año 2021, abarcando al 8% de la dotación de ambas instituciones. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de

Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales y la investigación se realizó respetando la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos en seres humanos.

## Instrumentos

Tiene su origen en un cuestionario generado por las Clínicas de Salud Ocupacional para Trabajadores de Ontario (OHCOW)<sup>28</sup>, y traducido en Chile por los autores. Incluye variables de salud mental, condiciones de trabajo en pandemia, apoyo social y socio-ocupacionales (Ver información sobre propiedades psicométricas de los instrumentos en Material Suplementario, Sección N°1).

## Salud mental

1. *Sintomatología ansiosa*. Escala de Ansiedad Generalizada [Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-2)]. Los participantes deben indicar con qué frecuencia han experimentado 2 situaciones en los últimos 7 días ('nervioso, ansioso o con los nervios de punta y sin dejar de preocuparse') en una escala de respuesta de frecuencia con cuatro alternativas, desde 'Nunca(= 0) hasta Casi todos los días(= 3)'. Puntajes mayores a 2 indican sintomatología ansiosa<sup>10</sup>.
2. *Sintomatología depresiva*. Cuestionario de Salud del Paciente [Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)], de 2 ítems para pesquisar síntomas de distimia (sentirse deprimido) y anhedonia (pérdida de interés) en los últimos 7 días. La frecuencia es graduada una escala de respuesta de frecuencia de cuatro alternativas, desde 'Nunca(= 0) a Casi todos los días(= 3)'. Puntajes mayores a 2 indican sintomatología depresiva<sup>29</sup>.

## Condiciones de trabajo en pandemia

3. *Mascarillas insuficientes respecto de aquellas necesarias (quirúrgica y/o N95)*. Son uno de los EPPs más requeridos y utilizados<sup>30</sup> y el principal elemento que reduce el riesgo de contagio<sup>31</sup>. Se codificó

en aquellos participantes que indican una(1) o ambas como insuficientes(2) de las que indique como necesarias, de lo contrario no requiere o su provisión es suficiente(0).

4. *Contacto COVID-19*. Los participantes deben indicar el nivel de contacto con pacientes contagiados con COVID-19 mediante una escala Likert de 6 puntos. Se codificó en "Contacto directo y estrecho con pacientes (menos de dos metros)" (1) y "Menor o ningún contacto con pacientes"(0).
5. *Reasignación funciones/área producto de la pandemia*. Los participantes deben responder a la pregunta "¿Actualmente está desempeñando sus labores habituales, o ha sido reasignado en función de la actual crisis sanitaria en su lugar de trabajo principal?". Se codificó en "Mantiene las mismas labores, área y lugar físico"(0) y "Cambia de lugar, área, labores o más de una"(1).
6. *Confianza en la gestión gubernamental para proteger al personal*. Los participantes deben responder al grado de acuerdo con la afirmación: "Las siguientes entidades están haciendo todo lo posible para proteger al personal: Gobierno" en una escala Likert desde "Totalmente en desacuerdo" a "Totalmente de acuerdo". Se codificó en "Desacuerdo/Totalmente en desacuerdo"(1) y "Ni de acuerdo ni en desacuerdo/De acuerdo o Totalmente de acuerdo"(0).

### **Apoyo social**

7. *Apoyo de superiores*. Dos ítems de la subdimensión Calidad de la relación con superiores del instrumento SUSESO-ISTAS 21. Los participantes deben responder a preguntas sobre su trabajo principal (ej., "¿Recibe ayuda y apoyo de su superior directo?») en una escala de respuesta de frecuencia, desde "Siempre"(1) a "Nunca"(4)<sup>32</sup>.
8. *Apoyo de pares*. Dos ítems de la subdi-

mensión Calidad de la relación con sus compañeros/as de trabajo del instrumento SUSESO-ISTAS 21. Los participantes deben responder a preguntas sobre su trabajo principal (ej., "¿Recibe ayuda y apoyo de su superior directo?") en una escala de respuesta de frecuencia, desde "Siempre"(1) a "Nunca"(4)<sup>32</sup>.

9. *Apoyo fuera del trabajo*. Los participantes deben responder a la pregunta "¿Recibe ayuda y apoyo de su familia/amigos fuera del lugar de trabajo?" en una escala ordinal de respuesta de frecuencia, desde "Siempre" a "Nunca". Se codificó en "Nunca/Sólo unas pocas veces/Algunas veces"(1) y "La mayoría de las veces/Siempre"(0).

### **Socio-ocupacionales**

10. *Estamento*: Administrativos (ej., recepcionistas), médicos, enfermeros, otros profesionales (ej., kinesiólogos) más técnicos y auxiliares (ej., paramédico).
11. *Sexo*: hombre, mujer.

### **Análisis estadístico**

Se realizaron análisis descriptivos mediante proporciones, medidas de tendencia central y dispersión según la naturaleza de las variables, además de análisis bivariados mediante Chi-cuadrado( $X^2$ ) o prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Para comparar medias de factores vinculados a condiciones de trabajo en pandemia y de apoyo social según estamento y sexo, se utilizaron la prueba de Kruskal-Wallis(H) o U Mann-Whitney(U).

Se generó una estimación de la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva habiendo calibrado mediante post-estratificación por estamento y sexo, conforme a las recomendaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe para mitigar sesgos de selección al aplicar encuestas en el transcurso de la pandemia<sup>33</sup>. Adicionalmente, se aplicó la corrección de Rogan-Gladen para dar cuenta de eventuales errores de clasificación de las pruebas utilizadas (Material Suplementario, Sección N°2).

Se aplicaron modelos de regresión logística

para las asociaciones entre sintomatología ansiosa o depresiva y los factores estudiados. Las asociaciones fueron cuantificadas mediante Odds Ratio ajustados por condiciones de trabajo en pandemia y apoyo social (aOR) con intervalos de confianza al 95% (IC95%). Los análisis estadísticos fueron realizados con el software R (v.4.1.2)<sup>34</sup>. Adicionalmente, se efectuaron análisis de sensibilidad a valores perdidos para las regresiones logísticas, mediante la imputación de valores perdidos utilizando bosques aleatorios y calibración por post-estratificación por estamento y sexo (Material Suplementario, Sección N°3).

## Resultados

Se explora el comportamiento de las variables y asociaciones bivariadas.

### **Análisis Descriptivos y Bivariados (Tabla 1).**

Entre quienes respondieron, un 46% y 36% obtuvo puntajes indicativos de sintomatología ansiosa y depresiva, respectivamente, y 76% reportó tener menor o ningún contacto con pacientes con COVID-19. Habiendo calibrado la muestra y aplicado la corrección por eventuales problemas de clasificación de las pruebas, un 44,5% (IC95% 35,6-53,8) indicó sintomatología ansiosa y un 41,4% (IC95% 34,5-48,6), depresiva.

Asimismo, 32% indicó requerir mascarillas en su trabajo y al menos una de las requeridas era insuficiente. De los que requirieron, 16% consideraron insuficiente la provisión de mascarilla quirúrgica y el 52%, la de N95. El 50% reportó 6 puntos o menos de un total de 8 en apoyo de superiores (M= 6,0 DE= 2,2) y también de pares (M= 6,1 DE= 1,6). Uno de cinco participantes indicó haber recibido escaso apoyo fuera del trabajo, y casi 1 de 5 cambió de lugar, área y/o labores. Por último, 43% estuvo en desacuerdo con que el gobierno hacía todo lo posible para proteger al personal.

Por estamento, se observa que el personal administrativo y otros profesionales no-médicos tendrían poco contacto con pacientes COVID-19, versus el personal enfermero, médico y técnico o auxiliar ( $p < 0,001$ ). Otros profesionales, técnicos y auxiliares cambiaron de lugar, área y/o labores

en menor proporción que otros estamentos ( $p = 0,003$ ). Por último, una mayor proporción de enfermeros, otros profesionales no-médicos y técnicos y auxiliares están en desacuerdo con que el gobierno hacía todo lo posible para proteger al personal, en comparación con médicos y administrativos ( $p = 0,014$ ).

Las trabajadoras mujeres presentaron un mayor porcentaje de sintomatología ansiosa (52% vs. 31%) y depresiva (40% vs. 27%) que los hombres ( $p < 0,001$ ). En contraste, hombres reportaron mayores puntuaciones en apoyo de pares ( $p = 0,038$ ) aunque menor apoyo fuera del trabajo ( $p = 0,013$ ). Una mayor proporción de mujeres requirieron algún tipo de mascarilla cuya disponibilidad fue insuficiente ( $p = 0,021$ ), y estuvieron en desacuerdo con que el gobierno hacía todo lo posible para proteger al personal ( $p = 0,005$ ).

### **Análisis Multivariados (Tabla 2 y 3).**

Cada incremento de un punto en apoyo de superiores en el trabajo se asoció con una disminución de 15% en las chances de presentar sintomatología ansiosa (aOR= 0,87; IC95% 0,79-0,96), mientras que mujeres mostraron el doble de chances de presentar sintomatología ansiosa en comparación a hombres, manteniendo las demás variables constantes (aOR= 2,00; IC95% 1,28-3,19) (Tabla 2). Un aumento de un punto en apoyo de superiores se asocia con una disminución de 16% en las chances de presentar sintomatología depresiva (aOR= 0,86; IC95% 0,78-0,94), mientras que quienes indicaron estar en desacuerdo con que el gobierno hacía todo lo posible para proteger al personal muestran casi el doble de chances de presentar sintomatología depresiva en comparación al resto (aOR= 1,98; IC95% 1,34-2,94) y manteniendo las demás variables constantes (Tabla 3). Las figuras 1 y 2, muestran la probabilidad estandarizada de presentar sintomatología ansiosa y depresiva según las variables que mostraron asociaciones significativas en cada modelo.

La magnitud y la dirección de las asociaciones presentadas en el análisis principal se mantuvieron estables habiendo imputado los datos perdidos y aplicado la calibración por post-estratificación por estamento y sexo (Tabla S5).

**Tabla 1.** Características de salud mental, condiciones laborales en pandemia y apoyo social de los participantes por estamento y sexo.

	Admin.	Enf.	Médicos	Otros P.	Téc. Aux. Sig.	Hombres	Mujeres	Sig.	TOTAL
	N= 59	N= 92	N= 44	N= 251	N= 81	N=122	N=394		N= 875
Sintomatología Ansiosa								$\chi^2(4)=6$ $p=0,227$	$\chi^2(1)=15$ $p<0,001$
Presencia	25 (42,4)	32 (56,5)	23 (41,8)	111 (44,2)	41 (50,6)	38 (31,1)	203 (51,5)		316 (36,1)
Sintomatología Depresiva:								$\chi^2(4)=3$ $p=0,563$	$\chi^2(1)=5$ $p=0,021$
Presencia	21 (35,6)	38 (41,3)	15 (27,3)	91 (36,3)	30 (37,0)	33 (27,0)	154 (39,1)		245 (28,0)
Puntaje de apoyo de superiores	7 [5;8]	7 [5;8]	6 [5;8]	6 [4;8]	6 [5;8]	7 [5;8]	6 [5;8]	$H(4)=4$ $p=0,415$	$U(1)=891$ $p=0,096$
Puntaje de apoyo de pares	7 [5;8]	6 [6;8]	6 [6;8]	6 [5;8]	6 [5;8]	6 [6;8]	6 [5;7]	$H(4)=3$ $p=0,607$	$U(1)=911$ $p=0,038$
¿Qué tan cercano es el contacto que usted tiene con pacientes con COVID-19?								$\chi^2(4)=78$ $p<0,001$	$\chi^2(1)=1$ $p=0,315$
Menor o ningún contacto con pacientes	55 (93,2)	53 (57,6)	29 (52,7)	224 (89,2)	49 (60,5)	98 (80,3)	297 (75,4)		505 (57,7)
Contacto directo y estrecho con pacientes	4 (6,78)	39 (42,4)	26 (47,3)	27 (10,8)	32 (39,5)	24 (19,7)	97 (24,6)		163 (18,6)
Mascarillas insuficientes de aquellas necesarias (quirúrgica y N95)								$\chi^2(8)=20$ $p=0,010$	$\chi^2(2)=8$ $p=0,021$
No requiere o suficientes	43 (72,9)	64 (69,6)	43 (78,2)	175 (69,7)	44 (54,3)	96 (78,7)	259 (65,7)		432 (49,4)
Uno insuficiente	4 (6,78)	17 (18,5)	9 (16,4)	30 (12,0)	19 (23,5)	14 (11,5)	62 (15,7)		93 (10,6)
Ambos insuficientes	12 (20,3)	11 (12,0)	3 (5,45)	46 (18,3)	18 (22,2)	12 (9,84)	73 (18,5)		109 (12,5)
¿Recibe ayuda y apoyo de su familia/amigos fuera del lugar de trabajo?								$\chi^2(4)=10$ $p=0,048$	$\chi^2(1)=6$ $p=0,013$
La mayoría de las veces/Siempre	52 (88,1)	76 (82,6)	39 (70,9)	206 (82,1)	57 (70,4)	90 (73,8)	332 (84,3)		430 (49,1)
Nunca/Sólo unas pocas veces/Algunas veces	6 (10,2)	15 (16,3)	14 (25,5)	40 (15,9)	21 (25,9)	32 (26,2)	62 (15,7)		96 (11,0)
Actualmente y en función de la actual crisis sanitaria								$\chi^2(4)=16$ $p=0,003$	$\chi^2(1)=0,1$ $p=0,970$
Mantiene las mismas labores, área y lugar físico	45 (76,3)	65 (70,7)	40 (72,7)	212 (84,5)	73 (90,1)	99 (81,1)	317 (80,5)		435 (49,7)
Cambia de lugar, área, labores o más de una	14 (23,7)	27 (29,3)	15 (27,3)	39 (15,5)	8 (9,9)	23 (18,9)	77 (19,5)		103 (11,8)
Las siguientes entidades están haciendo todo lo posible para proteger al personal   Gobierno:								$\chi^2(4)=13$ $p=0,014$	$\chi^2(1)=8$ $p=0,005$
Ni de acuerdo ni en desacuerdo/Totalmente de acuerdo	44 (74,6)	52 (56,5)	35 (63,6)	136 (54,2)	38 (46,9)	83 (68,0)	209 (53,0)		314 (35,9)
Desacuerdo/Totalmente en desacuerdo	15 (25,4)	40 (43,5)	20 (36,4)	115 (45,8)	43 (53,1)	39 (32,0)	185 (47,0)		243 (27,8)

Nota. Admin.= Administrativos; Enf.= Enfermeros; Otros P.= Otros profesionales; Téc. Aux. = Técnicos y Auxiliares; N= Número de participantes con al menos una respuesta válida en las variables seleccionadas; Variables continuas se presentan como medianas y percentiles 25 y 75 entre corchetes; Variables categóricas son presentadas como el recuento y el porcentaje entre paréntesis. Porcentajes totales incorporan valores perdidos.

**Tabla 2.** Asociación multivariada entre condiciones socio-ocupacionales y de trabajo en pandemia y reporte de sintomatología ansiosa, en Odds Ratio(OR).

Variable	OR (IC 95%; p)
Puntaje de apoyo de superiores	0,87 (0,79-0,96; p= 0,007)
Puntaje de apoyo de pares	0,93 (0,81-1,05; p= 0,248)
Apoyo fuera del trabajo (ref.= La mayoría de las veces/Siempre)	1,18 (0,73-1,90; p= 0,502)
Mascarillas insuficientes de aquellas necesarias (quirúrgica y/o N95) (ref.= No requiere o suficientes)	
Una insuficiente	1,55 (0,91-2,65; p= 0,106)
Ambas insuficientes	1,44 (0,86-2,41; p= 0,166)
Contacto con pacientes COVID-19 (ref.= Menor/ningún contacto con pacientes)	1,37 (0,86-2,19; p= 0,183)
Sexo Mujer (ref.= Hombre)	2,00 (1,28-3,19; p= 0,003)
Estamento (ref.= Administrativos)	
Enfermeros	1,30 (0,63-2,71; p= 0,478)
Médicos	0,99 (0,44-2,26; p= 0,987)
Otros profesionales no médicos	0,97 (0,52-1,80; p= 0,913)
Técnicos y auxiliares	0,99 (0,47-2,10; p= 0,983)
Reasignación funciones/área producto de la pandemia (ref.= Mantiene las mismas labores, área y lugar físico)	1,02 (0,63-1,62; p= 0,949)
El Gobierno está haciendo todo lo posible para proteger al personal(ref.= Ni de acuerdo ni en desacuerdo/De acuerdo /Totalmente de acuerdo)	1,45 (0,99-2,12; p= 0,055)

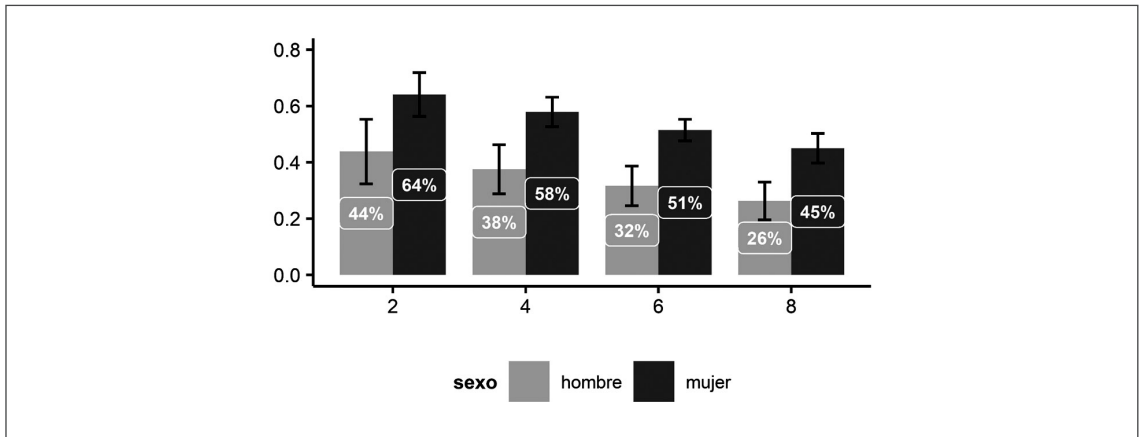
Nota. ref.= categoría de referencia (dummy); p= significación estadística de la prueba de Wald para odds ratio. Los resultados presentados en esta tabla se basan en el supuesto de ceteris paribus, es decir, manteniendo las demás variables constantes. Se utilizaron 516 observaciones, ya que 359 participantes no contaban con información completa en alguna de las variables dependientes o independientes del modelo.



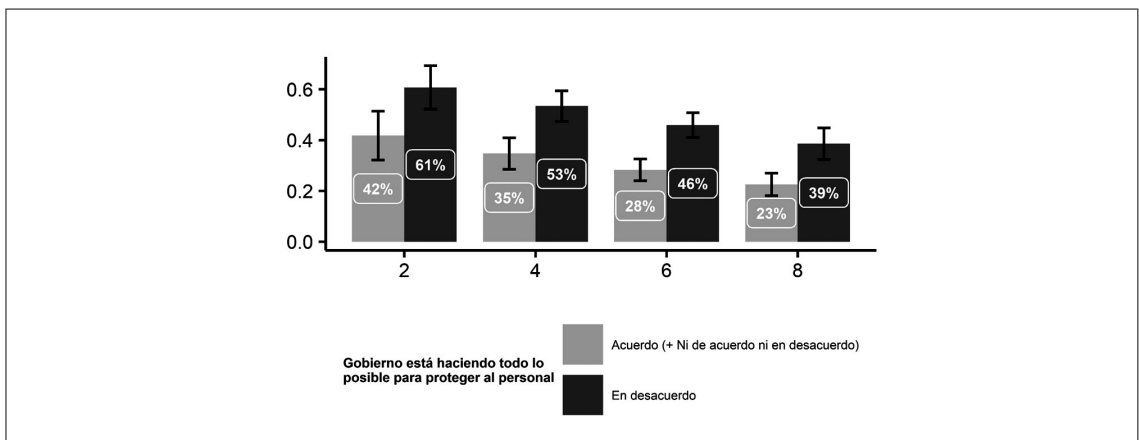
**Tabla 3.** Asociación multivariada entre condiciones socio-ocupacionales y de trabajo en pandemia y reporte de sintomatología depresiva, en Odds Ratio(OR).

Variable	OR (IC 95%; p)
Puntaje de apoyo de superiores	0,86 (0,78-0,94; p= 0,002)
Puntaje de apoyo de pares	0,91 (0,80-1,04; p= 0,168)
Apoyo fuera del trabajo (ref.= La mayoría de las veces/Siempre)	1,57 (0,96-2,56; p= 0,069)
Mascarillas insuficientes de aquellas necesarias (quirúrgica y/o N95) (ref.= No requiere o suficientes)	
Una insuficiente	1,07 (0,61-1,85; p= 0,802)
Ambas insuficientes	1,34 (0,79-2,24; p= 0,273)
Contacto con pacientes COVID-19 (ref.= Menor/ningún contacto con pacientes)	1,26 (0,78-2,03; p= 0,349)
Sexo Mujer (ref.= Hombre)	1,42 (0,88-2,32; p= 0,163)
Estamento (ref.= Administrativos)	
Enfermeros	1,01 (0,47-2,16; p= 0,987)
Médicos	0,61 (0,25-1,46; p= 0,267)
Otros profesionales no médicos	0,85 (0,45-1,63; p= 0,610)
Técnicos y auxiliares	0,68 (0,31-1,50; p= 0,339)
Reasignación funciones/área producto de la pandemia (ref.= Mantiene las mismas labores, área y lugar físico)	1,04 (0,64-1,68; p= 0,873)
El Gobierno está haciendo todo lo posible para proteger al personal (ref.= Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ De acuerdo/Totalmente de acuerdo)	1,98 (1,34-2,94; p= 0,001)

Nota. ref.= categoría de referencia (dummy); p= significación estadística de la prueba de Wald para odds ratio. Los resultados presentados en esta tabla se basan en el supuesto de ceteris paribus, es decir, manteniendo las demás variables constantes. Se utilizaron 516 observaciones, ya que 359 participantes no contaban con información completa en alguna de las variables dependientes o independientes del modelo.



**Figura 1:** Probabilidad marginal de presentar sintomatología ansiosa según sexo y puntaje de apoyo de superiores. Nota. En el supuesto hipotético de representatividad estadística y ausencia de sesgos. Bigotes representan intervalos de confianza al 95%



**Figura 2:** Probabilidad marginal de presentar sintomatología depresiva según confianza en la gestión gubernamental y puntaje de apoyo de superiores. Nota. En el supuesto hipotético de representatividad estadística y ausencia de sesgos. Bigotes representan intervalos de confianza al 95%.

## Discusión

A nivel descriptivo, 36% y 46% de los participantes reportó sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente. Habiendo calibrado mediante post-estratificación por estamento y sexo y corregido por sensibilidad y especificidad, se estima un reporte de 41,4% y 44,5%, en el mismo orden. Estos porcentajes parecen mayores a lo que se había estimado en un estudio previo a la pandemia en personal sanitario en Chile donde se observó una prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa de 23% y 34% respectivamente<sup>27</sup>. Nuestros resultados guardarían relación con los del estudio equivalente realizado en personal sanitario en Canadá, donde se observó una prevalencia de sintomatología depresiva de 42,3% (IC95% 41,0-43,6) y ansiosa de 54,8% (IC95% 53,5-56,1)<sup>28</sup>. Por su parte, las revisiones de evidencia que apuntan a una prevalencia de sintomatología depresiva entre 28 y 51%, mientras que un 45% de sintomatología ansiosa en contextos de emergencia sanitaria para el personal de salud<sup>5</sup>.

Se observó una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en mujeres, quienes también reportaron menores niveles de apoyo por parte de supervisores y un suministro insuficiente de mascarillas. A esto se suman diferencias según el estamento (administrativos, enfermeros, médicos, otros profesionales, técnicos y auxiliares) en cuanto al contacto con pacientes COVID-19, cambios en las funciones, ubicación física, disponibilidad de mascarillas y confianza en la gestión gubernamental para proteger al personal sanitario. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Franklin y Gkiouleka, quienes, a través de una revisión de la literatura sobre riesgos psicosociales en trabajadores de la salud durante la pandemia, atribuyen estos efectos a una mayor carga de responsabilidades en el hogar y a los desafíos de conciliar trabajo y familia, así como a una estigmatización creciente por su rol de trabajadoras sanitarias en Latinoamérica<sup>12</sup>. Este impacto también se refleja en la población general, lo que se explica por las desventajas financieras que enfrentan las mujeres en comparación con los hombres, producto de factores como el acceso limitado a empleos seguros,

salarios más bajos y menores niveles de ahorro<sup>9</sup>. Por otra parte, un estudio similar en trabajadores de la salud en Chile señala que las trabajadoras reportan mayores problemas de SM y un riesgo percibido más alto de infección, lo que podría contribuir al incremento de síntomas de ansiedad o depresión<sup>25</sup>.

Pudimos identificar el rol protector del apoyo de supervisores en la sintomatología ansiosa y depresiva, tomando en cuenta las condiciones de trabajo en pandemia y socio-ocupacionales. En contraste, la falta de apoyo social es percibida como una falta de consideración y respeto por el compromiso de los trabajadores, la que a su vez es interpretada por algunos como ausencia de "humanización" e invisibilizar el trabajo en salud<sup>26,35</sup>. Este aspecto es clave para extraer lecciones sobre el cuidado del personal sanitario y la influencia que ejercen los supervisores/líderes. Lam y colaboradores subrayan el rol protector del apoyo social en la sintomatología depresiva del personal sanitario<sup>36</sup> mientras que Sanders y Balcom advierten que los liderazgos autocráticos, aunque útiles a corto plazo, resultan perjudiciales a medida que se extiende la duración de una emergencia sanitaria, por lo que sugieren liderazgos centrados en el servicio que fortalezcan a los equipos y proporcionen apoyo a largo plazo<sup>35,37</sup>.

Más allá de la pandemia, la naturaleza emocionalmente exigente del trabajo en salud subraya la importancia del liderazgo. Los líderes desempeñan un papel crucial al ayudar a los trabajadores a enfrentar demandas emocionales intensas, reduciendo así su impacto en la SM<sup>38,39,40</sup>. Un líder efectivo puede proporcionar apoyo emocional, comprensión empática, validación de sentimientos, y asesoría, además de servir como modelo para afrontar situaciones difíciles<sup>39</sup>.

Además del apoyo de superiores, es fundamental reconocer las diferencias en los resultados de SM entre hombres y mujeres, siendo ellas quienes tienen mayor chance de presentar sintomatología ansiosa. Esto nos obliga a analizar cómo se distribuyen los riesgos para la SM tanto en los ámbitos del trabajo productivo, doméstico y de cuidado. No sorprenden los peores resultados en SM en mujeres si consideramos una división sexual del

trabajo, donde ellas suelen ocupar posiciones con mayor exposición a riesgos psicosociales que implican trabajo emocional y trabajo de cuidado intensivo; al mismo tiempo, deben atender el trabajo doméstico y de cuidado del hogar<sup>41</sup>. Lo anterior, redundando en una carga global de trabajo mayor a las de sus pares varones, y esta doble carga contribuye a peores resultados para su SM.

Estudios previos han evidenciado que el personal sanitario valora más recibir apoyo organizacional y social que apoyo psicológico individual<sup>15</sup>. Se recomienda establecer canales de retroalimentación (grupos de escucha, sugerencias por correo, visitas de líderes a las unidades) que aseguren que los profesionales se sientan escuchados y participen en la toma de decisiones relacionadas con SM<sup>42</sup>. La clave para apoyar a un equipo en situaciones críticas radica en reconocer la humanidad de la situación, empoderar a los trabajadores y mantener la comunicación con ellos. Una comunicación clara y honesta con la dirección, sumado al apoyo de pares reducen la probabilidad de angustia emocional<sup>43</sup>. Así, el personal sanitario tiene legítimas expectativas que sus jefaturas los escuchen, protejan, preparen, apoyen y cuiden<sup>44</sup>.

Aunque la pandemia ha transcurrido, la OMS ha señalado que el COVID-19 ha tenido efectos devastadores, incrementando la prevalencia de ansiedad y depresión<sup>45</sup>. En nuestro país, este impacto se refleja en el aumento de licencias médicas, siendo especialmente notable en el personal de salud, que registró un promedio de 17 licencias por persona en 2022<sup>46</sup>. Además, es posible que en el futuro cercano el personal de salud se enfrente a otras emergencias sanitarias que desencadenen demandas similares<sup>47</sup>. En este contexto, es crucial que las jefaturas no sólo se enfoquen en conductas directivas asociadas al mando y control, sino que también desarrollen habilidades de apoyo relacional, como prestar atención a su equipo, acoger, incentivar y reconocer iniciativas que mejoren el desempeño, delegar la toma de decisiones, promover la autonomía y crear un ambiente de confianza y transparencia<sup>48</sup>.

Entre las limitaciones del estudio, el tipo de muestreo no permite extraer conclusiones sobre

los alcances de la pandemia a nivel poblacional ni para el personal sanitario a nivel nacional, sino recabar información para la generación de conocimiento a partir de los individuos encuestados. También es posible advertir sesgo de autoselección en quienes contestaron (más jóvenes, con menor carga laboral, entre otros)<sup>14,25</sup>. Aun cuando las escalas utilizadas mostraron índices aceptables en la validación psicométrica expost, futuros estudios debiesen validar los instrumentos utilizados para trabajadores sanitarios y los puntos de corte establecidos, sin perjuicio de que existen antecedentes de validez de las pruebas utilizadas en otros grupos poblacionales en Chile<sup>32,49</sup>. De igual manera, se dicotomizaron las variables para facilitar su interpretación, lo que puede traducirse en una pérdida de poder estadístico<sup>50</sup>. Asimismo, el diseño utilizado no permite analizar relaciones causales, sino asociaciones que permiten identificar grupos vulnerables con mayores chances de sintomatología.

Con todo, este estudio aporta evidencia inicial respecto a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y su asociación con el apoyo social de superiores y, en consecuencia, ilumina posibles intervenciones futuras para la protección de la salud psicológica en el trabajo.

### Agradecimientos

A ANID por el financiamiento al proyecto Fondecyt Regular N° 1220547 "El liderazgo destructivo y la salud mental de las y los trabajadores de la salud pública en Chile: Un estudio longitudinal hacia la construcción de un modelo interpretativo/explicativo atendiendo dimensiones organizacionales y de desigualdad social".

La organización que proporcionó ayuda financiera no tuvo influencia en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

### Referencias

1. Alvarado R. Cuidemos a los cuidadores: La salud mental de los trabajadores de la salud. *Revista de Salud Pública*. 2014; 10(2): 31-37.
2. Ahumada M, Henríquez S, Ansoelaga E. ¿Son efectivas las intervenciones para prevenir y/o intervenir sobre la

- Violencia laboral? Un análisis de la evidencia científica. Praxis Psy. 2021; 36(22): 1-125.*
3. Ministerio de Salud[MINSAL]. Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo MINSAL [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf> [Consultado el 11 de junio de 2022].
  4. Giménez-Espert MDC, Prado-Gascó V, Soto-Rubio A. Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Front Public Health. 2020; 20(8): 566896.*
  5. Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep. 2020; 22(8): 43.*
  6. Ansoleaga E, Miranda-Hiriart G. Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología. 2014; 33(1): 1-14.*
  7. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review. *F1000Res 2020; 23(9): 636.*
  8. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res. 2020; 291: 113190.*
  9. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet. 2021; 398(10312): 1700-1712.*
  10. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders. 2010; 122(1): 86-95.*
  11. Bell V, Wade D. Mental health of clinical staff working in high-risk epidemic and pandemic health emergencies a rapid review of the evidence and living meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021; 56(1): 1-11.*
  12. Franklin P, Gkiouleka A. A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(5): 2453.*
  13. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ. 2020; 369: m1642.*
  14. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open. 2020; 3(3): e203976.*
  15. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Res. 2020; 293: 113441.*
  16. Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, Fraile-Navarro D, Fiol-deRoque MA, Pastor-Moreno G, et al. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord. 2020; 277: 347-57.*
  17. van der Molen HF, Nieuwenhuijsen K, Frings-Dresen MHW, de Groene G. Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open. 2020; 10(7): e034849.*
  18. Carter C, Thi Lan Anh N, Notter J. COVID-19 disease: perspectives in low- and middle-income countries. *Clinics in Integrated Care. 2020; 1: 100005.*
  19. Martin-Delgado J, Viteri E, Mula A, Serpa P, Pacheco G, Prada D, et al. Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in COVID-19 care: A cross-sectional study in Brazil, Colombia and Ecuador. *PLoS One. 2020; 15(11): e0242185.*
  20. Restrepo-Martínez M, Escobar M, Marín LA, Restrepo D. Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de psiquiatría. 2023; 52(1): 51-57.*
  21. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villarreal P. Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology. 2020; 54(1): e1298.*
  22. Cerda R. Exceso de mortalidad durante la pandemia de COVID-19, revisión narrativa. *Revista Médica de Chile. 2020; 148(11): 1647-1651.*
  23. Lima EEC, Vilela EA, Peralta A, Rocha M, Queiroz BL, Gonzaga MR, et al. Investigating regional excess mortality during 2020 COVID-19 pandemic in selected Latin American countries. *Genus. 2021; 77(1): 30.*
  24. Urzúa A, Samaniego A, Caqueo-Urizar A, Zapata Pizarro A, Irrarázaval Domínguez M. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile. 2020; 148: 1121-1127.*
  25. Alvarado R, Ramírez J, Lanio Í, Cortés M, Aguirre J, Bedregal P, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Revista Médica de Chile. 2021; 149(8): 1205-1214.*
  26. Lefio LA, Tonelli P, De la fuente F. Trabajadores y trabajadoras de la salud y pandemia por COVID-19 en Chile: Informe de una investigación acción participativa. Santiago, Chile: Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública; 2021. Disponible en: <https://200.89.67.85/handle/2250/182989> [Consultado el 20 de marzo de 2022].
  27. Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile. 2015; 143(1): 47-55.*

28. Smith PM, Oudyk J, Potter G, Mustard C. The Association between the Perceived Adequacy of Workplace Infection Control Procedures and Personal Protective Equipment with Mental Health Symptoms: A Cross-sectional Survey of Canadian Health-care Workers during the COVID-19 Pandemic. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020; 66(1): 17-24.
29. Martínez P, Soto-Brandt G, Brandt S, Guajardo V, Rojas G. Validación inicial de Patient Health Questionnaire 2-Item para detectar síntomas depresivos en diabéticos y/o hipertensos en la atención primaria de salud. *Revista Médica de Chile*. 2020; 148: 1614-1618.
30. Moris Vidal HF, Reyne N, Vázquez J, Secchi A, Moreno J, Astorga F, et al. Uso de Elementos de Protección Personal en Unidad de Emergencia HBLT en contexto Pandemia COVID-19: EPP en Urgencia HBLT. *ARS MEDICA. Revista de Ciencias Médicas*. 2021; 46(3): 17-24.
31. National Center for Immunization and Respiratory Diseases[NCIRD]. Science Brief: SARS-CoV-2 and Surface (Fomite) Transmission for Indoor Community Environments. Atlanta (GA), Estados Unidos: Division of Viral Diseases; 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/science-and-research/surface-transmission.html> [Consultado el 18 de diciembre de 2021].
32. Alvarado R, Pérez-Franco J, Saavedra N, Fuentealba C, Alarcón A, Marchetti N, et al. Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile. *Revista Médica de Chile*. 2012; 140(9): 1154-1163.
33. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELAEC). Recommendations for eliminating selection bias in household surveys during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Santiago: Naciones Unidas; 2020. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/fae78ccf-dcbf-422c-81df-2fddccf217b1/content> [Consultado el 26 de julio de 2024].
34. Core Team R. A language and environment for statistical computing (v. 4.1.2). Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2020.
35. Ansoleaga E, Santander F, Vargas M, Silva G. Clínica psicosocial del trabajo: una propuesta de intervención en pandemia con trabajadores de la salud. En: Pulido C, Torres L, Editores, Mundo de trabajo y las organizaciones en transformación Desafíos sociales y éticos. Arequipa, Perú: ALETHEYA E.I.R.L.; 2021; 55-74.
36. Lam SC, Arora T, Grey I, Suen LKP, Huang EYZ, Li D, et al. Perceived Risk and Protection From Infection and Depressive Symptoms Among Healthcare Workers in Mainland China and Hong Kong During COVID-19. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 686.
37. Sanders J, Balcom C. Clinical leadership during the COVID-19 pandemic: Reflections and lessons learned. *Healthc Manage Forum* 2021; 34(6): 316-319.
38. Tucker MK, Jimmieson NL, Bordia P. Employees' perceptions of their own and their supervisor's emotion recognition skills moderate emotional demands on psychological strain. *Stress and Health*. 2020; 36(2): 191-202.
39. Thoits PA. Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *J Health Soc Behav*. 2011; 52(2): 145-161.
40. Madsen IEH, Hanson LLM, Rugulies R, Theorell T, Burr H, Diderichsen F, et al. Does good leadership buffer effects of high emotional demands at work on risk of antidepressant treatment? A prospective study from two Nordic countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014; 49(8): 1209-12018.
41. Ramírez J, Lermada V, Aguirre A, Villarroel S, Burrone MS, Carrera V, et al. The caregiving work experience of healthcare workers in Chile during the COVID-19 pandemic and its impact on mental health: A qualitative study based on the international initiative HEROES. *Medwave*. 2024; 24(07): e2952.
42. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* 2020; 323(21): 2133-2134.
43. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020; 9(3): 241-247.
44. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(9): 2997.
45. Kupcova I, Danisovic L, Klein M, Harsanyi S. Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, anxiety, and depression. *BMC Psychol*. 2023; 11(1): 108.
46. Superintendencia de Seguridad Social (Chile). Informe anual de emisoras de Licencias Médicas Electrónicas 2022; 2023. Disponible en: [https://www.suseso.cl/607/articles-701965\\_archivo\\_01.pdf](https://www.suseso.cl/607/articles-701965_archivo_01.pdf) [Consultado el 22 de agosto de 2024].
47. Harris E. WHO: As Mpox Outbreaks Continue, Cases May Be Underestimated. *JAMA* 2024; 331(24): 2070.
48. Casillas A, Valdovinos C, Wang E, Abhat A, Mendez C, Gutierrez G, et al. Perspectives from leadership and frontline staff on telehealth transitions in the Los Angeles safety net during the COVID-19 pandemic and beyond. *Front Digit Health* 2022; 4: 944860.
49. Moreno X, Moreno F. Factor structure and measurement invariance of the Patient Health Questionnaire-4 among the Chilean population. *PLoS One* 2024; 19(5): e0304623.
50. Mansournia MA, Nazemipour M. Recommendations for accurate reporting in medical research statistics. *The Lancet* 2024; 403(10427): 611-612.